

طلب برنامج المساعدة في دعم الطاقة لمحدودي الدخل (LOW-INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM) وبرنامج المساعدة في الحماية من عوامل الطقس السيء  
(WEATHERIZATION ASSISTANCE) بولاية أيوا

يرجى استخدام قلم حبر أسود أو أزرق لملء الطلب.

1. بيانات الاتصال الخاصة برب الأسرة

الاسم الأخير: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الحرف الأول من الاسم الأوسط: \_\_\_\_\_ المقاطعة: \_\_\_\_\_

عنوان الشارع: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
العنوان البريدي (إن كان مختلفًا عن عنوان الشارع)

رقم هاتف المنزل: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الخليوي: \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

2. بيانات أفراد الأسرة (توجد أسفل الصفحة ملاحظات تفسيرية لاستكمال هذا القسم).

الاسم (الأول والأخير)	العلاقة برب الأسرة	تاريخ الميلاد	نوع الجنس (ضع دائرة حول أحد الخيارات)	رقم الضمان الاجتماعي أو رقم نموذج I-94	الإعاقة (ضع دائرة حول أحد الخيارات)	التأمين الصحي	هسباني، أو لاتيني، أو من أصل إسباني؟	العرق	الحالة العسكرية (ضع دائرة حول أحد الخيارات)	أعلى مستوى تعليم	العمل (الحالة الوظيفية)
1	رب الأسرة		ذكر أنثى غير ذلك		نعم لا غير معروفة		نعم لا		محارب قديم في الخدمة لا توجد غير متأكد		
2			ذكر أنثى غير ذلك		نعم لا غير معروفة		نعم لا		محارب قديم في الخدمة لا توجد غير متأكد		
3			ذكر أنثى غير ذلك		نعم لا غير معروفة		نعم لا		محارب قديم في الخدمة لا توجد غير متأكد		
4			ذكر أنثى غير ذلك		نعم لا غير معروفة		نعم لا		محارب قديم في الخدمة لا توجد غير متأكد		
5			ذكر أنثى غير ذلك		نعم لا غير معروفة		نعم لا		محارب قديم في الخدمة لا توجد غير متأكد		
6			ذكر أنثى غير ذلك		نعم لا غير معروفة		نعم لا		محارب قديم في الخدمة لا توجد غير متأكد		
7			ذكر أنثى غير ذلك		نعم لا غير معروفة		نعم لا		محارب قديم في الخدمة لا توجد غير متأكد		
8			ذكر أنثى غير ذلك		نعم لا غير معروفة		نعم لا		محارب قديم في الخدمة لا توجد غير متأكد		

كم عدد أفراد الأسرة الذين هم:

مواطنون أمريكيون

ملتزمون بالمنزل

شباب مفصولون (السن: 14-24) لا يعملون وليسوا في المدرسة

الملاحظات التفسيرية لاستكمال قسم أفراد الأسرة:	العلاقة برب الأسرة	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي أو رقم نموذج I-94	التأمين الصحي	العرق	أعلى مستوى تعليم	العمل (الحالة الوظيفية)
• رب الأسرة	• صيغة التاريخ: 99 / 99 / 99	• صيغة رقم الضمان الاجتماعي: 9999-99-999	• برنامج (Medicaid)	• هندي أمريكي	• الصف 8-0	• موظف (دوام كلي)	
• ابن	• زوج/زوجة	• صيغة رقم نموذج I-94: 99 999999999	• برنامج التأمين الصحي للأطفال الحكومي (State Children's Health Insurance Program)	• مواطن الإسكا أصلي	• الصف التاسع-الثاني عشر/غير متخرج	• موظف (دوام جزئي)	
• طفل مكفول	• شقيق	• صيغة رقم نموذج I-94: 99 999999999 (رقمًا)	• برنامج التأمين الصحي للبالغين الحكومي (State Health Insurance for Adults)	• أسبوي	• خريج المدرسة الثانوية	• عامل/مزارع موسمي مهاجر	
• شقيق	• والد		• الرعاية الصحية العسكرية	• أسمر أو أمريكي أفريقي	• تطوير التعليم العام	• عاطل عن العمل (فترة قصيرة، أكثر من 6 أشهر أو أقل)	
• قريب آخر	• جد		• شراء مباتش	• من سكان هاواي الأصليين	• (GED)/دبلومة المعادلة	• عاطل عن العمل (فترة طويلة، أكثر من 6 أشهر)	
• لا توجد صلة قرابة			• يعتمد على الوظيفة	• غير ذلك	• الصف الثاني عشر + جزء من التعليم ما بعد الثانوي	• عاطل عن العمل (ليس في القوة العاملة)	
			• لا يوجد	• متعدد الأعراق	• خريج كلية جامعية (سنتان أو أربع سنوات)	• متقاعد	
					• خريج مدرسة أخرى للتعليم ما بعد الثانوي		

## طلب برنامج المساعدة في دعم الطاقة لمحدودي الدخل (LOW-INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM) وبرنامج المساعدة في الحماية من عوامل الطقس السيء (WEATHERIZATION ASSISTANCE) بولاية أيوا

3. نوع الأسرة (ضع علامة على أحد الخيارات)

شخص واحد	والد واحد (أنثى)	أسرة من والدين	أسرة مُتعدِّدة الأجيال
بالغان ولا يوجد أطفال	والد واحد (ذكر)	بالغون لا تربطهم صلة قرابة وأطفال	غير ذلك:

4. مصادر دخل الأسرة

(ضع علامة على جميع الإجابات المنطبقة)

**بالنسبة لكل مصدر دخل أسرة تختاره، يجب أن يُرفق بهذا الطلب وثيقة إثبات الدخل.**  
**بالنسبة للدخل الوظيفي، يجب تقديم نسخ من قسائم الرواتب الخاصة بك لأخر 30 يومًا قبل تاريخ هذ الطلب، أو تقديم نسخة من إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية.**  
**بالنسبة للدخل المكتسب من العمل الحر أو الدخل الزراعي، يجب تقديم نسخة من إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية.**

دخل وظيفي (راتب/أجر)

دخل الضمان التكميلي (SSI)

تأمين خاص ضد العجز

مساهمات نقدية من الأسرة أو الأصدقاء

دخل مكتسب من العمل الحر أو دخل زراعي

دخل الضمان الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة (SSDI)

تعويض العمّال

نفقة زوجية أو معونة زوجية أخرى

نفقة أطفال

دخل الضمان الاجتماعي للمتقاعدين

تعويضات الإعاقة المرتبطة بخدمة المحاربين القدامى

تأمين/مُخصّصات البطالة

غير ذلك:

لا يوجد دخل

مماثل

تعويضات الإعاقة غير المرتبطة بخدمة المحاربين القدامى

مساعدة برنامج المساعدة المؤقّطة للأسر المحتاجة (TANF)/برنامج الاستئجار الأسري (FIP)

هل يوجد لدى أسرته مُمخّرات تزيد عن 50,000 دولار (اذكر: جميع المُمخّرات والحسابات الجارية، وشهادات الإيداع والاستثمارات الأخرى)؟

نعم  لا 

هل قيّم أحد أفراد أسرته إقراراً ضريبياً وحصل على تخفيض ضريبي على أساس الدخل المكتسب خلال العام الماضي أو هذا العام؟ (EITC)

نعم  لا 

5. مُخصّصات الأسرة غير النقدية

(ضع علامة على جميع الإجابات المنطبقة)

برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)

برنامج قسيمة بدل السكن (HCV)

برنامج الإسكان الداعم التابع لشؤون المحاربين القدامى (HUD-VASH)

برنامج النساء والرُضّع والأطفال (WIC)

الإسكان العام

برنامج قسيمة رعاية الأطفال

برنامج المساعدة في دعم الطاقة لمحدودي الدخل (LIHEAP)

الإسكان الداعم الدائم

معونات قانون الرعاية الميسورة التكلفة

6. الحالة السكنية (ضع علامة على أحد الخيارات)

ملك  إيجار  سكن دائم آخر 

مُشرّد (إن كنت مُشرّداً، فما ما هي حالتك السكنية؟)

إذا كنت مستأجراً، فهل يشمل إيجارك تكاليف التدفئة؟

إذا كنت مستأجراً، فهل تتلقّى مساعدة إيجار؟

إذا كنت مستأجراً، فهل يستند الإيجار إلى نسبة من دخلك؟

7. بيانات المالك/المجمّع

الاسم:

العنوان:

رقم الهاتف:

8. نوع السكن (ضع علامة على أحد الخيارات)

منزل منزل مُنتقل غرفة مُستأجرة في منزل شقة مُكوّنة من وحدتين أو ثلاثة أو أربعة شقة مُكوّنة من خمس وحدات أو أكثر غير ذلك: 

9. مصدر التدفئة المنزلية الرئيسي (ضع علامة على أحد الخيارات)

الغاز الطبيعي الكهرباء البروبين (غاز البترول المُسال) زيت الوقود الخشب/الفحم/الذرة غير ذلك: 

إذا كان المصدر الرئيسي هو البروبين أو زيت الوقود، فهل لديك خزّان فارغ أو يحتوي على كمية منخفضة (20% أو أقل، أو أوشك على النفاذ)؟

نعم  لا 

هل لديك إشعار فصل خدمة؟

نعم  لا 

هل الخدمة مفصولة لديك في الوقت الحالي؟

10. شركات التدفئة المنزلية والكهرباء

يجب أن ترفق بهذا الطلب نسخة من فاتورة تدفئة وفاتورة كهرباء حديثة.

بيان الإقرار

أقر، تحت عقوبة شهادة الزور، بأن البيانات الواردة أعلاه صحيحة. وأعطى الإذن للوكالة التي تعالج هذا الطلب بالحصول على بيانات إضافية، ومشاركة البيانات مع المؤسسات الأخرى، لأغراض تقديم الخدمات لمساعدة أسرتي. ويجب إجراء عملية مشاركة البيانات هذه بأقصى قدر من الاحترام لسرية البيانات الواردة في هذا الطلب.

تقدّم بموجب هذا الطلب لبرنامج المساعدة في دعم الطاقة لمحدودي الدخل و/أو برنامج المساعدة في الحماية من عوامل الطقس السيء. وأقر أيضاً بما يلي: أقر بأنني الشخص الوحيد في الأسرة الذي تقدّم أو سيقدّم لهذا البرنامج/البرامج. وأدرك أنه، عند الطلب، سستستخدم هذه البيانات في تحديد الأهلية لبرامج الوكالات أو خدماتها الأخرى. ويستوجب أيّ تحريف مقصود في البيانات الواردة بهذا النموذج العقوبة بموجب القانون. وأؤكد على أنه لن أستخدم أيّ من دفعات الطاقة الخاصة ببرنامج المساعدة في دعم الطاقة لمحدودي الدخل إلا لسداد تكاليف الطاقة المنزلية. وأدرك أنني من خلال التوقيع (سواء بشكل كتابي أو إلكتروني) على هذا الطلب، فإنني أصرّح بحماية منزلي من عوامل الطقس السيء دون أن أتحمّل أنا أو أسرتي أيّ تكاليف، وأصرّح للوكالة بالاتصال بمالك السكن (إذا كان ذلك منطبقاً) وطلب إنّه من أجل حماية المنزل من عوامل الطقس السيء. ولا يضمن هذا الطلب إجراء أيّ أعمال حماية من عوامل الطقس السيء على منزلي.

وأعطى، بموجب هذا الطلب، الإذن لولاية أيوا، ووزارة الطاقة الأمريكية (U.S. Department of Energy)، ووزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية (U.S. Department of Health and Human Services)، والوكالة التي تعالج هذا الطلب، بالحصول على بيانات إضافية من مورّد الطاقة بخصوص تاريخ استخدام منزلي للطاقة والسداد. وأعطى أيضاً الإذن لولاية أيوا بالكشف عن بيانات الطلب لمورد الطاقة، وتقديم التفاصيل الخاصة بحسابي واستخدامي للطاقة لبرنامج المساعدة في دعم الطاقة لمحدودي الدخل وبرنامج المساعدة في الحماية من عوامل الطقس السيء.

أفهم هذا البيان.

التوقيع

التاريخ